

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

事業所番号	0872200407		
法人名	有限会社 エスエス住建		
事業所名	グループホーム くぬぎの森		
所在地	茨城県鹿嶋市和825-2		
自己評価作成日	平成28年4月1日	評価結果市町村受理日	平成28年7月19日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigvosoCd=0872200407-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigvosoCd=0872200407-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成28年5月31日

**【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】**

2ユニットあり、併設のデイサービスがあることで、利用者がホーム職員だけでなく他利用者、他部署の職員と交流が持っており、良い刺激なっていると思います。来春には、少し離れた場所にもう1ユニット増える予定で、また新しい形での交流ができることを職員も期待しています。近隣の診療所の協力もあり、ターミナルケアも行っています。ご本人、ご家族には、環境の変化も少なく安心して過ごして頂けるのではないのでしょうか。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

県内主要道路に面し、新築の家や古民家が点在する地域にある施設である。広いウッドデッキを通り、ユニット同士やデイサービスを行き来できるような作りになっている。また、畑が隣接し、施設内の畑と共に収穫を楽しんでいる。道路を挟んだところで親族が診療所を開業し、24時間訪問診療を行っている。医師が近隣に在住していることなどから、看取りを行う上でも利用者家族やスタッフが安心して寄り添うことができる。ついの住処として、利用者一人一人がその人らしく生活できるように支援している。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
60	利用者は、戸外に行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	職員と管理者が、ついの住処となるようにとの思いで作った理念をユニット入口に掲示し、日々念頭に置きながらケアに努めている。	理念をもとに、笑顔で過ごし、ついの住処として生活して頂けるよう支援をしている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	フェンス越しではあるが、中庭から道路が見え散歩中の方と挨拶したり話したり、気軽に声を掛け合っている。	小中学校の職場体験や傾聴ボランティアの研修の受け入れを行っている。また、フラダンスやハーモニカなどを、利用者一人一人が楽しんでいる。施設の垣根やウッドデッキの手入れを近所の方が協力してくれるなど、地域との付き合いが日常的に行われている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	近隣の小学校6年生と年5～6回交流を持っている。また、市の傾聴ボランティア養成に協力している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1度会議を実施し、ホーム内での行事報告等を行うとともに、市役所や地域包括からの情報交換を行う場としても活用している。	偶数月の年6回推進会議を行っている。行政や民生委員参加により、情報交換や意見交換を行っている。	推進会議を通して、地域住民との交流の場としての取り組みを検討して頂き、サービス向上に繋げて頂きたい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議に参加して頂いたり、傾聴ボランティアの受け入れ等連絡を取り合っている。	行政との連絡調整や利用者の相談に行っている。地域密着型連絡協議会がなく、施設間の情報交換はできない状況である。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	職員は何が虐待にあたるかを理解し、意識を持って日々ケアにあたっている。	身体拘束を行わないケアについて、講習会に参加し、施設内で伝達講習会を行っている。車いすの点検は、随時行っている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	管理者、職員は、講習会を受講し、それを不参加の職員に報告し全員で共通理解している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	必要な利用者には、管理者が情報提供やアドバイスを行い支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時は、質問を受けながら丁寧に説明を行っている。また、わからない事があった時はいつでも、聞いて下さいとお話している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	意見箱の設置も行っているが、面会時や電話等で積極的にコミュニケーションを図っている。	年1回家族会を行い、利用者家族との意見交換や利用者と一緒に過ごす時間を提供している。また、外出時などに家族と一緒に参加できるよう工夫し、今後は、外食や誕生会への家族参加を検討している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1～2回。各部署リーダーによる会議を行い、そこで職員の意見を反映させている。	ユニット毎や全体会議、研修参加後の伝達講習会を行い、情報の共有に努めている。また、意見の反映に努めている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	外部より専門家の指導を仰ぎ、キャリアパス導入を始めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実践と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	代表者は、職員が出来る限り県内外の研修に参加し、スキルアップできる環境を作っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	管理者や職員は、様々な勉強会や研修に参加し他施設の方々と交流を持っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	必ずご本人と直接お話しする機会を設けている。話をすることで、少しでも不安が小さくなるように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	十分に話をする時間を設け、今までの苦勞を受け止め、また、現在の状況を把握する様努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談時には、何が一番必要かをご本人、ご家族と共通認識を持ち、他サービスも含め可能なものを検討している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ホーム内では、利用者個々の状況に対応しながら、疑似家族的な雰囲気を楽しんでいる。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族とはこまめに話をし、その思いを受け入れつつ、またこちらの考えもお伝えしながら、共にご本人を支えていくようにしている。誕生会や家族会に参加いただき、一緒に楽しんで頂いている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないう、支援に努めている	知人だけの面会も受け入れている。また、誕生会には、利用者の馴染の店に料理をお願いして、食べていただいている。	友人の面会や自宅への外出、また、馴染みの飲食店での食事や花屋へ出かけるなどの関係継続支援に繋げている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	心身の状態も考慮し、会話やレクリエーションを気軽に行えるようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所後も必要があれば、電話や面会を行うようにしている。また、ご家族の意向をくみながら、葬儀に参列させて頂いている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	毎日の関わり合いの中から、また、ご家族からの情報も参考にしながら、極力ご本人の意向に沿うよう努めている。	日々の支援を通して、思いや意見を把握している。また、生活歴や利用者家族からの情報も参考にし支援に繋げている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	サービス開始時に、ご本人やご家族からお話を伺っている。ご家族には、センター方式シートへの記入をお願いしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の様子や生活リズムの観察、また、ご本人との会話から現状を把握する様に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人及びご家族の要望と日々のケア、毎月のカンファレンスの情報から介護計画を作成している。	モニタリングを行い、6か月または随時計画の見直しを行い支援に繋げている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別ファイルに、行動、様子、言葉等記入し、情報を共有、日々のケアに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	併設のデイサービス利用者が重度化し、ホームに入居される等、ニーズの変化に可能な限り対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	傾聴ボランティア、庭の手入れをして下さるボランティアの方が来てくださっている。消防署の協力を得て、消火訓練等も行っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	提携診療所より月1回の往診をお願いしているが、ご本人やご家族の希望に応じて、掛かりつけ医の支援(車いすでの送迎等)も行っている。	月1回の定期受診を行っている。また、提携診療所以外や遠方の病院受診については家族の付き添いによる受診を依頼している。	受診結果について、家族の付き添いがいない場合は、受診結果の記載方法について再検討して頂きたい。
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	ホーム内看護師と連携診療所看護師とは、連携が取れており、24時間いつでも相談できる体制をとっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には必要な情報提供を行い、主治医やご家族と相談しながら早期退院できる様努めている。また、直接見舞いに行き、様子を確かしている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に、ターミナルケア期まで受け入れ可能な施設であることを、書面も含めお伝えしている。また、状況の変化に応じて、ご家族で相談いただき見直しも行っている。	重度化や終末期に向けた支援について、入居時に説明を行っている。病状変化に合わせて随時連携医師と連絡を取り合い、不安なく終末期を迎えられるよう支援に繋げている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	全ての職員は、救命講習を受けている。AEDの設置もあり、使い方の指導も受けている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	消防署直通の専用電話を設置しており、定期的に避難及び通報訓練を行っている。米、味噌の備蓄、発電機も備えてある。	避難訓練は、年2回の3・11月に行われている。近隣住民が訓練に参加し、連絡体制も積極的な支援に繋がっている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	職員は、利用者それぞれに合った言葉かけを状況に応じて行っている。	トイレ誘導への声掛けなど、日々の支援を通し、プライバシーの確保に努めている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	衣類、食べ物、行動等いくつかの選択肢を用意する様に心掛けている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	1日の大まかな流れはあるものの、その時の状況に合わせて柔軟に対応している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	化粧は、自由にして頂いている。散髪は、ボランティアの方に来ていただいているが、馴染の美容院に行けるかたちもとっている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	旬の食材を使うよう心掛けている。ホームの畑と一緒に収穫したり、料理の下ごしらえを手伝って頂いたりしている。	畑から収穫した食材を使用したり、要望に合わせて献立を決めている。誕生日会には家族が参加し、一緒に食事を食べ楽しんでいる。準備や片付けをスタッフと共に行き支援に繋げている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事の形態や量等、一人一人に合わせて調整している。水分量も毎食チェックしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	口腔ケアの重要性は職員全員理解しており、食後、就寝前に口腔ケアを確実にしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄パターンからトイレ誘導するだけでなく、行動や様子から排泄のタイミングを見逃さない様にしている。	排泄パターンを把握し、日中はトイレへの誘導を行っている。また、介助により誘導し自立に向けた支援を行っている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分量、食事内容、運動等で排便を促すよう努めている。また、看護師と相談し、下剤の使用も検討する。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	安全確保の面から、日中にはなってしまうが、その中でも極力気持ちよく入って頂けるよう、順番や時間を調整する等支援している。	週3回または、随時入浴支援を行っている。感染症への留意や季節ごとの入浴支援など、入浴を楽しむことができる施設支援に繋げている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	利用者それぞれ、就寝時間等の違いがあり、そのリズムを大切にしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	誰にどのような薬が処方されているのか、すぐ確認できる様ファイルを準備している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	洗濯ものを畳んでいただいたり、食器を拭いていただいたり、生活歴にあった役割をお願いしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	100%希望通りというわけにはいかないが、お誕生日の外出や、近隣への散歩等支援している。	四季折々に合わせて、外出や外食に出かけている。また、家族が同席して誕生会を行っている。敷地内のウッドデッキでは、利用者一人一人が自由に日光浴したり、近隣への散歩をするなど、楽しむことへの支援が行われている。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金を所持されている方については、買い物等の支援等行っている。認知症状の進行に伴い、段階的に変更もしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご本人の希望により電話支援している。また、何か送っていただいた際には、電話でお礼の言葉を話して頂いている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	天井を高くとってあるので、日差しが入り明るい作りになっている。トイレも肘掛け、背へあてがついており使いやすくなっている。季節の飾りを、利用者と一緒に作ったりもしている。	木造作りの黄色い建物で天井が高く、大きな窓からは日差しが入り、落ち着いた雰囲気を感じられる。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	廊下を中心に、テラスや玄関にもソファやベンチを置き、好みの場所で過ごして頂けるようにしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時には、可能な限り使い慣れている物をお持ち下さるようお願いしている。	季節の花や趣味のものを飾るなど、一人一人が居室での生活をを楽しんでいる。また、家族写真や絵を飾り、居心地よい空間作りがされている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	廊下やトイレ等は手すりを多く設置し、使える機能を活かせるようになっている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームくぬぎの森

## 目標達成計画

作成日: 平成28年7月18日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	1	推進会議を通して、地域住民との交流がまだ深まっていない。	推進会議を通して地域交流を深め、それを行うことによってサービスの向上に繋げていく。	新たな会議メンバーに区長をお迎えし、地域のニーズ等意見交換を行いながら、グループホームの役割を果たしていく。	6ヶ月
2	2	病院受診時、家族の付き添いがない場合における結果報告の記載方法を再検討する。	電話にてご家族に、受診経過、結果報告を行った後は、直接個人記録簿に内容を記載する。	ご家族に対する受診報告は、電話等対応の日時、ご家族氏名、受診内容を個人記録簿へ記載することを実行中。	ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。